



CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA – UniCEUB
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO E SAÚDE
CURSO DE NUTRIÇÃO

IMPORTÂNCIA DE ORIENTAÇÃO NUTRICIONAL NO TRATAMENTO
ONCOLÓGICO PALIATIVO
Amanda Ferreira de Castro
Daniela de Araújo Medeiros Dias

Brasília, 2018

INTRODUÇÃO

A doença oncológica é provavelmente uma das doenças mais relevantes do século XXI. Apesar da diminuição do número de óbitos pela doença, continua sendo a primeira causa de morte a nível mundial e o número absoluto de novos casos continua a aumentar (CARVALHO, 2011).

Segundo Malzyner (2013), o câncer é como se nomeia um grupo de doenças, cujo fator em comum é a proliferação celular excessiva e descontrolada, que persiste mesmo após o estímulo inicial que a causou ter cessado. Ou seja, o câncer acontece quando uma célula normal do corpo perde o controle e passa a proliferar de forma desenfreada.

Carvalho (2011), diz que a nutrição revela-se um fator central em oncologia, tendo influência no desenvolvimento da doença, na sintomatologia inerente ao tumor e tratamento(s), na resposta à(s) terapêutica(s) e na recuperação após o tratamento, tendo portanto um forte impacto na Qualidade de Vida e prognóstico da doença, e por este motivo, a nutrição deve uma intervenção obrigatória e adjuvante, com o potencial de melhorar o prognóstico da própria doença, visto que a intervenção nutricional adequada e individualizada, melhora a sintomatologia, reduz a morbidade e mortalidade, apresentando um prognóstico final mais favorável.

Kudsk (1983), afirma que as alterações que ocorrem no metabolismo na doença aguda afetam a eficiência com a qual os nutrientes exógenos são utilizados pelo organismo. Além disso, complicações relacionadas ao suporte nutricional podem ser mais comuns nessa população de pacientes, e por isso a importância do clínico que pratica em um ambiente de cuidados intensivos tenha um conhecimento profundo dos princípios envolvidos no metabolismo alterado pelo estresse e dos parâmetros clínicos necessários para monitorar adequadamente o paciente criticamente doente que recebe suporte nutricional.

As células neoplásicas são gastadoras, e, Carvalho (2011) diz que elas usam de forma mais eficiente e preferencial a glicose, preferindo açúcares simples, e utilizando de uma vez uma fração desproporcional de nutrientes metabolizando essa glicose por meio da glicólise aeróbia, que acelera a conversão de glicose em

lactato, e conseqüentemente a acumulação desse ácido láctico, forma um ambiente com pH baixo, que favorece a invasão tumoral e supressão dos efeitos anti cancerígenos do nosso sistema imune.

Mesmo com os grandes avanços da Medicina referente ao tratamento oncológico, as taxas de cura ainda são baixas, deste modo, os pacientes considerados fora de possibilidades terapêuticas curativas, necessitam de controle da dor e dos sintomas decorrentes da doença e também relacionados com os aspectos psicológicos, sociais e espirituais, com o objetivo de investir na melhora da qualidade de vida. (DINIZ; et. al., 2006 apud SILVA; et. al. 2010)

O conceito de cuidados paliativos foi definido pela Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2002, como: "... uma modalidade de cuidar que melhora a qualidade de vida de pacientes e suas famílias diante dos problemas associados às doenças que ameaçam a vida, através da prevenção e alívio do sofrimento por meio de identificação precoce e avaliação impecável, e tratamento da dor e de outros sintomas" (CIMINO, 2003). O câncer em seu estágio mais avançado acarreta ao paciente: dor, sofrimento, estigma, medo, perda de qualidade de vida e morte iminente. A medicina paliativa estuda o manejo do paciente com doença ativa, progressiva e avançada, cujo prognóstico é limitado e o foco do cuidado é na qualidade de vida (QV) (DOYLE et al., 2005). O objetivo do tratamento não é mais a cura e sim o alívio do sofrimento.

Muito se discute quanto a suplementação de vitaminas antioxidantes importantes aos pacientes oncológicos, contribuindo para o sucesso do tratamento durante o tratamento. De acordo com Santos (2001) foi concluído que as interações entre antioxidantes e agentes antineoplásicos produzem benefícios. Dentre estes benefícios, destaca-se a capacidade que os antioxidantes possuem em potencializar os efeitos das drogas antineoplásicas. Este fato é especialmente importante porque possibilita a redução dos efeitos colaterais causados por estes medicamentos, através da diminuição da dose administrada, sem que haja prejuízo nos seus efeitos terapêuticos.

Diante do exposto, este artigo visa, a partir de uma revisão da literatura, verificar a influência da atuação do profissional nutricionista no tratamento oncológico em cuidados paliativos.

METODOLOGIA

O presente estudo foi realizado por meio de uma revisão de literatura a respeito do tema, mediante consulta às bases de dados SciELO, Elsevier e PubMed. Na busca nos bancos de dados foram utilizadas as terminologias cadastradas nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) criados pela Biblioteca Virtual em Saúde, desenvolvido a partir do Medical Subject Headings (MeSH) da U.S. National Library of Medicine, que permitem o uso da terminologia comum em português e inglês.

As palavras-chave utilizadas na busca foram: terapia nutricional”; “tratamento oncológico”; “paliativo”. Além disso, foram selecionados os seguintes filtros: texto completo gratuito, publicados no período de 2005 a 2018. Foram excluindo os que não se adequaram ao tema dos objetivos propostos e seguidamente foram lidos os artigos na íntegra, eliminando os estudos feitos *in vitro*/animais, os não realizados com o público-alvo.

A análise de dados foi iniciada com a leitura dos títulos. Em seguida foi realizada a leitura dos resumos e ao final a leitura dos artigos na íntegra. Após a leitura dos títulos e resumos dos artigos foram excluídos aqueles que avaliaram a relação da terapia nutricional com outras patologias ou que não contemplavam o tema. Foram selecionados os estudos que avaliaram o papel do nutricionista no tratamento do paciente terminal oncológico.

Mediante os critérios de inclusão e exclusão de artigos, foram selecionados 09 artigos para a presente revisão.

RESULTADOS

A desnutrição é uma complicação comum em pacientes no estágio paliativo do câncer. (PAZART; et. al. 2014)

Sintomas não controlados influenciam negativamente a qualidade de vida, alterando humor, ingestão alimentar e atividades da vida diária, além de prejudicar as relações sociais, familiares e de trabalho do paciente (SILVA; et. al. 2010).

Os tratamentos anticâncer agravam essa situação devido aos efeitos colaterais de distúrbios digestivos frequentes (náuseas, vômitos, cólicas abdominais, mucosite, íleo paralítico, má absorção). O vômito quando grave, apesar do uso de antieméticos ou a otimização dos esquemas de quimioterapia, também pode ser uma possível causa de desnutrição. (PAZART; et. al. 2014)

A dor é um dos sintomas mais frequentes em pacientes oncológicos, especialmente quando a doença está avançada e afeta significativamente a qualidade de vida. (CORRÊA; SHIBUYA, 2007)

A presença de dor tem impacto negativo na ingestão alimentar do indivíduo, que se priva da alimentação por esta desencadear ou exacerbar um sintoma mal controlado. (SILVA; et. al. 2010)

Um dos principais objetivos dos cuidados paliativos é a melhora ou, na falta deste, a maximização do atraso na deterioração da qualidade de vida relacionada à saúde. (PAZART; et. al. 2014)

De acordo com Corrêa e Shibuya (2007), o nutricionista pode auxiliar na evolução favorável do paciente, apesar de frequentemente se deparar com impasses no que diz respeito a conduta dietoterápica, pois a discussão envolve valores morais, os familiares e o próprio paciente, questões éticas.

Há claramente uma necessidade de aumentar a visibilidade dos Serviços de Suporte e Integração dos Cuidados Paliativos durante todo o processo de tratamento oncológico. (KUMAR; et. al. 2012)

Durante a fase de cura do câncer, a ingestão ideal de nutrição enteral ou parenteral pode reduzir a morbidade e a mortalidade e melhorar a qualidade de vida. Quando o objetivo principal do tratamento fica paliativo, a introdução da

nutrição artificial é controversa. Embora as sociedades científicas não recomendem a introdução desse tipo de nutrição em todos os casos de desnutrição, especialmente em pacientes hipofágicos se sua expectativa de vida for menor que 2 meses, diferenças consideráveis no uso da nutrição parenteral na prática de oncologia não cirúrgica são observadas em todo o mundo. (PAZART; et. al. 2014)

A realização de ensaios clínicos randomizados sobre nutrição em pacientes em estágio paliativo de câncer avançado, uma população particularmente vulnerável, permanece um desafio. (KUMAR; et. al. 2012)

A interdisciplinaridade é entendida como uma necessidade intrínseca para referenciar as práticas em saúde, por intermédio da integração de saberes, possibilitando a diversidade de olhares, o reconhecimento da complexidade dos fenômenos e o reforço da coerência na materialização da integralidade. (MENDES, et. al. 2008 apud PORTO et. al. 2012)

Corrêa e Shibuya (2007) realizaram uma revisão bibliográfica com o objetivo de delinear o papel no nutricionista na área de cuidados paliativos oncológicos, aonde foram abordados diversos temas, desde os sintomas, quanto as vias de administração alimentar. Sabe-se que o enfoque principal é controlar a dor e melhorar a sintomatologia, e nesse sentido, o papel do nutricionista, em conjunto com outros profissionais, é fundamental. Também foi abordado sobre o dilema do tipo de dieta a ser utilizado, pois envolve temas éticos, opinião dos familiares, do próprio paciente, e da equipe multidisciplinar. As autoras falam sobre agravantes para os problemas mais comuns, assim como Sobral et. al. (2013) que realizaram uma revisão que abordou os mesmos temas de sintomatologia comum e condutas dietoterápicas, e comum aos dois artigos: A constipação pode ser causada pelas medicações utilizadas para controle da dor, distúrbios hidroeletrólíticos, baixa ingestão alimentar, entre outras causas. A diarreia também pode ser ocasionada pelos medicamentos, por outras doenças associadas, pela presença de fistulas enterais, e radioterapia em região pélvica. Já se é esperada a inapetência e a consequente perda ponderal muitas vezes em pacientes oncológicos avançados, e, nesses casos, o intuito da dieta é de ser reconfortante, e não para recuperar a eutrofia do paciente. A xerostomia pode ser decorrente do próprio tumor, falta de hidratação, radioterapia na região da cabeça e pescoço, medicamentos, ou quimioterapia. Outros sintomas frequente são as náuseas e os vômitos, que podem

ter diversas causas também, como alta administração de medicamentos, radioterapia e quimioterapia. A hiperglicemia é outro sintoma comum, principalmente em pacientes avançados.

Em cada um desses casos, existem condutas alimentares e uma dietoterapia indicada, com intuito de amenizar ou aliviar os sintomas. Na conclusão de seu estudo, Corrêa e Shibuya (2007) reafirmam a essencialidade da atuação multiprofissional para esses pacientes terem uma qualidade de vida e uma sobrevivência digna, e que, por ser um dos responsáveis por oferecer recursos para isto, é importante a habilidade de se comunicar, respeitar a vontade do paciente, oferecer esclarecimento aos familiares, são fundamentais ao nutricionista. Sobral et. al. (2013) ainda fala sobre a síndrome Anorexia-Caquexia, que é caracterizada pela intensa depleção dos tecidos adiposo e muscular, além de alterações metabólicas, hormonais, imunológicas.

Kumar et. al. conduziram um estudo de pesquisa transversal em clínicas oncológicas ambulatoriais em um centro de câncer acadêmico nos EUA. Pacientes com critérios de inclusão pré estabelecidos, receberam uma pesquisa de autorrelato, após um processo de consentimento informado. Os participantes relataram variáveis sociodemográficas, incluindo sexo, idade, raça / etnia, nível de escolaridade, status de emprego e estado civil. Utilizaram-se dos registros médicos para abstrair o tipo de câncer (mama, pulmão, gastrointestinal, outro) e estágio do câncer (localizado versus metastático), tratamentos anteriores de câncer (cirurgia, quimioterapia e radioterapia) e tratamento ou pós-tratamento. Foi perguntado aos participantes se haviam recebido, desde o diagnóstico de câncer serviços de apoio para lidar com seus sintomas físicos e psicológicos como consultas psiquiátricas, aconselhamento psicossocial individual, grupo de apoio ao câncer, aconselhamento nutricional, fisioterapia e consulta de cuidados paliativos (consultar um médico especializado em controle de dor e sintomas). Também foram abrangidas questões sobre satisfação com o serviço, e as barreiras encontradas para adotá-los.

Dos 382 pacientes selecionados para elegibilidade com base nos critérios iniciais, a amostra final de participantes efetivos foi de 313, 81,9% entre os indivíduos elegíveis. Destes, 55 (49,5%) relataram ter usado pelo menos um dos serviços incluídos pela definição de Serviços de Suporte e Integração dos Cuidados Paliativos (SPCS) dos autores. Os SPCS mais utilizados foram aconselhamento

nutricional (26,5%) e psicológico / consulta psiquiátrica (29,6%), seguidos de fisioterapia (15,1%), grupo de apoio ao câncer (11,4%), consulta de cuidados paliativos (8,3 %), e consulta de reabilitação do câncer (4,0%). Notavelmente, dos 155 pacientes que usaram SPCS, 71,6% relataram satisfação com os serviços que usaram. Houve diferenças estatisticamente significativas entre os usuários do SPCS e os não usuários de SPCS com base em variáveis sociodemográficas e clínicas: mulheres foram mais propensas a usar SPCS em comparação aos homens (54,2% versus 40,9%); um nível mais alto de educação foi associado a uma taxa mais alta de utilização de SPCS (faculdade ou pós-graduação 53,1% versus ensino médio ou menos 40,2%); pacientes submetidos à cirurgia também foram significativamente mais propensos a usar SPCS (57,3% versus 40%), e aqueles que estavam na fase pós-tratamento usaram SPCS mais do que aqueles que estavam em tratamento (62,6% versus 46,1%).

Pacientes neste estudo com história de quimioterapia e radioterapia foram mais propensos a usar SPCS na análise multivariada, provavelmente representando a alta carga de sintomas que muitas vezes resulta desses tratamentos. Pacientes submetidos ao tratamento atual foram menos propensos a usar SPCS, indicando que os pacientes com uma maior necessidade de SPCS não podem acessar esses serviços até que tenham concluído o tratamento. Pacientes na fase pós-tratamento do tratamento do câncer, particularmente aqueles cuja doença está curada ou em remissão, também podem estar mais esperançosos e dispostos a se concentrar nos sintomas e na qualidade de vida em comparação à terapia de segunda linha ou de resgate. Esses pacientes também provavelmente tiveram uma exposição mais longa aos cuidados oncológicos do que os pacientes recém-diagnosticados, aumentando assim as chances de exposição ao SPCS.

O estudo, apesar de diversas limitações, ressalta a importância de educar médicos, outros profissionais de saúde (por exemplo, enfermeiros, assistentes sociais) e os pacientes sobre o valor e a disponibilidade do SPCS, a fim de melhorar o acesso a esses serviços e, finalmente, melhorar os resultados dos pacientes, e sugeriu que um em cada dois pacientes com câncer não usou nenhum dos SPCS existentes e disponíveis.

Silva et. al. (2011) realizaram uma pesquisa avaliando pacientes oncológicos fora de possibilidades curativas, aonde foram aplicados questionários.

De acordo com as informações coletadas a nutricionista orientava os pacientes, contemplando sintomatologias possíveis e respeitando os gostos individuais, com intuito de minimizar o desconforto ligado a alimentação. No retorno ambulatorial, foi registrado a adesão ou não das orientações dietoterápicas. Dos 50 pacientes em tratamento paliativo que participaram, 58% eram do sexo feminino, e 42% masculino. Os tumores primários mais frequentes foram de estômago (16%), pulmão (16%) e colo uterino (16%), e dos 50 pacientes, 20% possuíam tumor metastático. 22% dos pacientes utilizam dieta enteral, via sonda nasogástrica ou jejunostomia, e 78% dieta via oral. Com os dados obtidos com o questionário notou-se que: o número de pacientes que não apresentaram dificuldades para dar um passeio aumentou, a porcentagem de indivíduos que não precisaram de qualquer ajuda para comer ou tomar banho subiu de 30% para 40%, e dos que precisaram de muita ajuda reduziu de 28% para 10%. Quanto a dificuldade de dormir, inicialmente 60% não relatava, e no retorno o número subiu para 72% sem queixas quanto ao sono. Aumentaram também os relatos de ausência de fraqueza e de cansaço no segundo atendimento. A porcentagem de pacientes que relataram não ter falta de apetite aumentou de 30% para 56%, e em relação aos complementos alimentares, houve uma queda de 58% para 38%. A qualidade de vida, utilizando uma escala de 1 (péssima) a 7 (ótima), obteve um aumento na média de 4,32 para 5,67 no retorno. O uso de medicamentos e aderência às orientações dietéticas fornecidas foram constatadas em 80% dos casos, e dentro deles, 87% relatou melhora dos sintomas.

Concluiu-se que a intervenção médica e nutricional contribuiu diretamente para o controle dos sintomas, promovendo controle adequado da dor, aumento da ingestão alimentar e auxiliando o paciente oncológico em cuidados paliativos a viver com melhor qualidade de vida.

O protocolo de estudo ALIM-K (estudo randomizado controlado multicêntrico nacional francês, desenvolvido para avaliar a eficácia da nutrição parenteral, versus um suprimento exclusivo de alimentação por via oral), realizado por Pazart et. al. (2014) na França, em centros de câncer para tratar pacientes com cânceres mais avançados e em dois hospitais universitários de ensino, para avaliar a qualidade de vida de pacientes desnutridos com tubo digestivo funcional e que estão no nível paliativo, em fase de câncer avançado com uma expectativa de vida de mais de 2 meses. Existe uma controvérsia considerável sobre se a nutrição

artificial deve ser introduzida no estágio paliativo do câncer. Apesar dos esforços das sociedades científicas para serem restritivos com as indicações para nutrição artificial, grandes variações no uso de nutrição parenteral na prática de oncologia não-cirúrgica existem em todo o mundo. No caso de câncer em estágio terminal, os resultados são ainda menos evidentes e, até o momento, poucos estudos clínicos avaliaram a relação risco-benefício da nutrição artificial no contexto dos cuidados paliativos, e, não está claro o que deve ser feito para esses pacientes com câncer incurável quando a expectativa de vida é superior a 2 meses. Infelizmente, não é incomum que os oncologistas persistam com seus objetivos de tratamento, mesmo quando alguns consideram que a nutrição artificial pode acelerar o crescimento do tumor, porém, a nutrição parenteral pode contribuir para manter ou melhorar a autonomia, graças ao aumento da massa muscular, à redução da sensação de astenia e à melhoria geral do bem-estar geral. Nutricionistas citam os benefícios de uma dieta balanceada para responder às necessidades de energia, ajudando assim o paciente a se sentir melhor.

Foi um estudo multicêntrico, randomizado, controlado, com grupos paralelos: o grupo experimental consistia no início da nutrição parenteral suplementar, e o grupo controle consistia em buscar a alimentação por via oral sozinho, e, os pacientes alocados no grupo controle e recebendo o padrão de cuidado (alimentação oral) não foram informados, pois esses pacientes simplesmente receberam a terapia usual. Os pacientes em ambos os grupos foram avaliados por um nutricionista com o objetivo de permitir que todos os pacientes, independentemente do grupo de tratamento ao qual eles estavam alocados, buscassem alimentação oral. No grupo de “alimentação oral”, os pacientes buscariam alimentação oral exclusiva como de costume, adaptada às necessidades do paciente por um nutricionista e no grupo “nutrição parenteral”, a nutrição parenteral será iniciada de acordo com os padrões nacionais vigentes que recomendam a implementação da nutrição parenteral através de uma linha intravenosa central (porque a duração esperada de uso é superior a 2 semanas), para limitar o risco de flebite.

A nutrição parenteral poderia ser descontinuada a qualquer momento pelo investigador ou pelo paciente, e era obrigatória no caso de desequilíbrio hidroeletrólítico descontrolado, diabetes insulino-dependente com glicemia de jejum

persistente > 2 g / L, triglicérides > 3 mM ou infecção intra ou extraluminal. A avaliação inicial contou com dados antropométricos, conselhos dietéticos relativos a sintomas desconfortáveis, estimativa quantitativa da ingestão diária em termos de calorias e proteínas, escala analógica visual ou verbal de ingestão de calorias e proteínas, número de ingestões alimentares por dia, suplemento nutritivo oral.

O desfecho primário era a qualidade de vida relacionada à saúde específica para a fase paliativa do câncer. No grupo “nutrição parenteral”, as seguintes informações foram registradas: quantidade e duração do tratamento realmente administrado, resultados biológicos de amostras de sangue colhidas mais de 4 horas após o final da infusão do último saco de mistura (incluindo gasometria, avaliação dos níveis de fósforo, magnésio e cálcio, enzimas hepáticas e triglicerídeos e avaliação da glicosúria e cetonúria), qualquer e todos os efeitos adversos. Um grupo de tratamento seria considerado superior ao outro se pelo menos um dos três domínios do desfecho primário (função física, estado geral de saúde / qualidade de vida ou fadiga) do questionário QLQ-C15-PAL fosse clinicamente e estatisticamente significativamente melhor, sem qualquer deterioração clínica e estatisticamente significativa em pelo menos um dos outros dois domínios.

As análises foram ajustadas para a presença (ou não) de quimioterapia paliativa. Entre 07/2012 e 03/2017, 148 pacientes com câncer foram inscritos em 13 centros franceses de câncer. O consentimento informado foi obtido para 111 pacientes: 48 (43%) VO e 63 (57%) no NE. NE foi recusado por 8/48 (18%) pacientes. Entre todos os pacientes, 98% eram metastáticos com expectativa de vida menor que um ano e 97% ainda estavam em tratamento antineoplásico. Houve um maior total de eventos adversos em NE (52%) do que em VO (41%).

Conclui-se nesse estudo que não houve benefício clínico para pacientes com câncer avançado com NE. Até o fechamento deste artigo não foram publicados os dados sobre a tolerância da NE e os fatores de influência nos escores de QVRS.

Dentro dessa questão, muito se é falado sobre a ética e bioética nesses tipos de situação. Benarroz et. al. (2009) fez uma revisão de literatura, relacionando a bioética e a nutrição em cuidados paliativos oncológicos em adultos, enfatizando a necessidade do cuidado humanizado, pautado na ética, com dignidade para o paciente, que demanda de cuidado integral, mas tem autonomia, na maioria dos

casos, para questionar o tratamento, concordando ou não, para que esteja conforme com suas vontades, e essa decisão de manter ou suspender a alimentação,

Silva e Santos (2009) discorreram em um seu artigo de revisão, sobre a atuação do nutricionista da melhora da qualidade de vida de idosos com câncer em cuidados paliativos, no contexto de o Brasil ser um dos países que apresenta um dos processos de envelhecimento mais agudo, e isso vem acompanhado do aumento da expectativa de vida. Existem estudos que demonstram associações entre incapacidade funcional do idoso e doenças crônicas, sendo assim, importante criar políticas públicas com estratégias preventivas eficientes, em vista do rápido crescimento dessa população e do impacto que principalmente nos sistemas de saúde. No idoso com câncer, as diversas alterações metabólicas contribuem para o desenvolvimento da caquexia do câncer. A ingestão adequada de nutrientes pode diminuir os efeitos colaterais, e melhorar a qualidade de vida dos idosos em cuidado paliativo oncológico, para isso, é necessário conhecer suas alterações na ingestão alimentar.

A Rede de Pesquisa da European Association for Palliative Care decidiu estabelecer um Grupo de Trabalho (GT) com o objetivo de fornecer recomendações baseadas em evidências sobre o uso de fatores prognósticos para determinar o tempo de sobrevida em pacientes com câncer avançado. O GT revisou diversos artigos e autores. Os membros do GT foram identificados com base na sua experiência clínica em cuidados paliativos e em estudos de prognóstico do cancro, desenvolveram recomendações, e classificaram em notas, de A a D, de acordo com o nível de força das recomendações. As recomendações que obtiveram nota foram as seguintes: A Predição Clínica de Sobrevivência (CPS) é uma ferramenta geralmente útil e válida, mas está sujeita a uma série de fatores que limitam sua precisão. O CPS não deve ser usado sozinho, mas em conjunto com outros fatores prognósticos; O CPS tem duas vezes mais probabilidade de ser otimista em relação a mais pessimista e superestimar o tempo de sobrevida real; avaliações repetidas em intervalos fixos podem ser oportunas; considerar o CPS como uma probabilidade em vez de um valor temporal garantiria uma precisão maior; os médicos devem considerar o uso da CPS em combinação com outros fatores prognósticos para melhorar a precisão de suas previsões; foram desenvolvidos vários índices ou índices prognósticos que são fáceis de usar e permitem uma

estimativa rápida da expectativa de vida, colocando os pacientes em grupos amplos que diferem significativamente na sobrevivência.

Porto et. al. (2012) conduziu um estudo, visando conhecer a interdisciplinaridade de um programa de saúde, que dá assistência a pacientes paliativos oncológicos. Trata-se de um estudo qualitativo, realizado com nove profissionais da área de saúde do Programa de Internação Domiciliar Interdisciplinar (PIDI) Oncológico localizado no município de Pelotas, região Sul do Brasil, onde foram pesquisados: enfermeira, técnica de enfermagem, nutricionista, médica coordenadora da equipe, médico cirurgião, assistente social, teólogo, auxiliar administrativo e pós-graduanda em psicologia. Esses relatos destacam que a assistência paliativa oncológica aborda o controle de múltiplos sintomas, com vistas à melhoria da condição e o alívio do sofrimento – performance, dos seus clientes, tendo a inerente necessidade da atuação de vários profissionais e a organização do processo de trabalho, considerando instrumentos, como a discussão do caso clínico, isto é, o round – que permite aos trabalhadores o estudo do caso de cada usuário internado. Um relato mostra elementos essenciais ao trabalho interdisciplinar, tais como a integração dos vários saberes, o reconhecimento dos limites de atuação de cada profissional diante da finalidade do cuidado prestado aos usuários, o respeito ao conhecimento alheio e ao colega e as relações de poderes horizontais na equipe. Desta forma, os trabalhadores realizam os diagnósticos e instituem a terapêutica paliativa frente aos sintomas de pessoas na terminalidade do câncer, a qual é realizada de forma compartilhada. Na constituição de um trabalho interdisciplinar não existe a figura central de um profissional, pois se tem objetivos múltiplos e comuns a um grupo de disciplinas conexas. Diante dessa situação, há um espaço de encontro no qual acontece a elaboração das ações de cuidado, no qual cada profissional pode ter poder de decisão. Assim, os profissionais demonstram a interação e visão do sujeito, objeto do seu trabalho, em bases mais amplas, que atende a atuação interdisciplinar construída na equipe de cuidados paliativos. Nesse sentido, a lógica da produção do serviço do PIDI, não está centrada na concepção médica-curativa, e sim nos cuidados paliativos, cujo objetivo é proporcionar qualidade de vida e morte aos usuários, orientada pela integração dos procedimentos, pela humanização da assistência e pela singularidade do ato em saúde. No PIDI também se objetiva o máximo conforto e compreensão, sem a

pretensão da cura, pela sua impossibilidade, com ênfase no controle adequado de sintomas e os diversos aspectos, que envolvem o ser humano.

Os resultados corroboraram para fortalecer a importância dessa proposta de trabalho, tornando-se imprescindível repensar o trabalho humanizado e interdisciplinar na saúde e buscar contínuas contribuições, para a ação-reflexão, na qual a saúde é um direito garantido na legislação, por intermédio do SUS.

Tabela 1. Estudos de revisão que avaliaram a influência do nutricionista no manejo paliativo

AUTOR / ANO	TIPO DE ESTUDO		OBJETIVOS DO ESTUDO	RESULTADOS
SOBRAL et al., 2017	Revisão literatura	de	Avaliar a importância dos cuidados paliativos na preservação de qualidade de vida e bem	Reforça importância da individualidade e respeito a decisão família
SILVA et. al., 2009	Revisão literatura	de	Verificar os aspectos e mudanças morfológicas referentes a assistência ao idoso com câncer.	Deve-se conhecer as alterações referentes a idade, visto que serão fundamentais na manutenção de uma dieta para este paciente.
MALTONI et. al., 2005	Revisão literatura	de	Verificar as recomendações clínicas baseadas em evidências sobre o prognóstico em pacientes com câncer avançado.	Pacientes com sinais e sintomas correlacionados a alimentação (anorexia, perda de peso, disfagia) têm um alto impacto no prognóstico
BENARROZ, et. al., 2009	Revisão literatura	de	Verificar a influência do monitoramento nutricional em relação à ingestão alimentar.	Suporte nutricional é um cuidado de apoio e se insere, na situação paliativa, na responsabilidade global, objetivando manter ou recuperar o bem-estar do paciente
CORREA, SHIBUYA., 2007	Revisão literatura	de	Delinear o papel do nutricionista frente à área de cuidados paliativos em oncologia	O nutricionista é um dos profissionais responsáveis por oferecer recursos para auxiliar o paciente (diretrizes).

Tabela 2. Estudos originais que avaliaram a influência do nutricionista no no manejo paliativo

AUTOR/ANO	ESTUDO/ AMOSTRA	OBJETIVO	RESULTADOS
PORTO et al., 2012	Estudo qualitativo	Conhecer a prática Interdisciplinar da equipe de saúde do Programa de Internação Domiciliária Interdisciplinario Oncológico	Os resultados corroboraram para fortalecer a importância dessa proposta de trabalho, tornando-se imprescindível repensar o trabalho humanizado e interdisciplinar na saúde e buscar contínuas contribuições, para a ação-reflexão, na qual a saúde é um direito garantido
KUMAR et al., 2009	Estudo transversal N= 313	Avaliar as taxas de utilização e as barreiras ao acesso a serviços entre os pacientes ambulatoriais de oncologia.	Aproximadamente metade desses pacientes não tinha acesso ao SPCS por falta de consciência e o médico. Mais pesquisas são necessárias para entender as necessidades dos pacientes, e como integrar SPCS em tratamentos convencionais para melhorar o tratamento do câncer.
SILVA et al., 2011	Estudo transversal N=50	Analisar, como a intervenção nutricional e o controle dos sintomas interferiram na qualidade de vida dos pacientes oncológicos atendidos pelo Serviço de Cuidados Paliativos	A intervenção conjunta médica e nutricional contribuiu para o controle dos sintomas, promoveu a melhora da ingestão alimentar e auxiliou o paciente oncológico em cuidados paliativos a viver com melhor qualidade de vida.
PAZART et al., 2014	Estudo clínico randomizado N=13	O objetivo foi investigar se o início da nutrição parenteral suplementar ou ausência de introdução NPT se mostra superior na fase paliativa do câncer	Comparou-se a nutrição parenteral com a alimentação por via oral, É necessário chegar a um consenso sobre a melhor forma de nutrição em pacientes desnutridos na fase paliativa do câncer avançado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Entende-se que a nutrição tem papel fundamental no âmbito de cuidados paliativos de pacientes oncológicos, visto sua importância e capacidade de aliviar, melhorar e prevenir diversos sintomas decorrentes dos tratamentos.

Existem poucos estudos e não há um consenso geral em relação aos benefícios ou não da nutrição artificial nesse estágio da doença, visto que se trata de um momento delicado e o mais primordial é o bem estar do paciente.

Muitos aspectos éticos também estão envolvidos nesse tipo de paciente, e isso reforça a importância de um atendimento mais humanizado e que respeite as vontades do enfermo.

O nutricionista tem a capacidade, em conjunto com outros profissionais da saúde, de gerar mais conforto, prazer e qualidade de vida neste momento.

Esse tipo de cuidado, merece mais visibilidade, divulgação e aderência por parte dos hospitais, clínicas e prestadores de serviço no geral, visto o comprovado resultado positivo que gera, tanto para com o paciente, como para os familiares e próximos.

REFERÊNCIAS

- AUCOIN, M.; COOLEY, K.; et al. Fish-derived omega-3 fatty acids and prostate cancer: a systematic review. **Integr Cancer Ther.**;16:32–62, 2017.
- BENARROZ, M.D.O.; FAILLACE, G.B.; BARBOSA, L.A. Bioética e nutrição em cuidados paliativos oncológicos em adultos. **Cad Saude Publica** 25(9):1875-82, 2009.
- CARVALHO, G.; CAMILO, M.; RAVASCO, P. Qual a relevância da nutrição em oncologia? **Acta Med Port** 24(4):1041-1050, 2011.
- CORRÊA, P.H.; SHIBUYA, E. Administração da terapia nutricional em cuidados paliativos. **Rev Bras Cancerol** ;53(3):317-23, 2007.
- INCA. Alimentação. Rio de Janeiro, 2018. Disponível em: < <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/cancer/site/prevencao-fatores-de-risco/alimentacao>>. Acesso em: 15 abr. 2018.
- KUDSK, K.; MIRTALLO, J.M. Nutritional support of the critically ill patient [review] **Drug Intell Clin Pharm.** 17:501–6, 1983.
- KUMAR P.; et al. Utilization of supportive and palliative care services among oncology outpatients at one academic cancer center: determinants of use and barriers to access. **J Palliat Med.**;15:923-930, 2012.
- MALZYNER, A.; CAPONERO, R. Câncer e prevenção. **São Paulo: Mg Editores**, 2013.
- MALTONI, M.; et al. Prognostic Factors in Advanced Cancer Patients: Evidence-Based Clinical Recommendations—A Study by the Steering Committee of the European Association for Palliative Care. **Journal of Clinical Oncology** 23 (25) (September): 6240–6248, 2005.
- PAZART, L.; et al. Parenteral nutrition at the palliative phase of advanced cancer: the ALIM-K study protocol for a randomized controlled trial. **Trials.** 15:370, 2014.
- PORTO, A. R., et. al. A essência da prática interdisciplinar no cuidado paliativo às pessoas com câncer. **Invest Educ Enferm** ;30(2), 2012.
- SANTOS, H.; CRUZ, W. A terapia nutricional com vitaminas antioxidantes e o tratamento quimioterápico oncológico. **Revista Brasileira de Cancerologia** 47(3): 303-08, 2001.
- SILVA, D.A.; et al. Atuação do nutricionista na melhora da qualidade de vida de idosos com câncer em cuidados paliativos. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 33, nº3, p. 358-364, 2009.
- SILVA, P.B.; et. al. Controle dos sintomas e intervenção nutricional: fatores que interferem na qualidade de vida de pacientes oncológicos em cuidados paliativos. **Rev dor.**;11(4):282-8, 2010.

SOBRAL, A.; et. al. O papel do nutricionista no cuidado paliativo do paciente oncológico em fase terminal: Uma revisão de literatura. **Cientefico**. V. 17, N. 36, Fortaleza, 2017.

WAITZBERG, D. Dieta, nutrição e câncer. **São Paulo: Atheneu**, 2006.